# " G E S U N D H E I T   U N D   L E B E N "

Amtsblatt der Gesundheitskammer

im Generalgouvernement.

Nr.13 (81) Jahrgang III. Krakau, den 29. März 1942.

Schriftleitung: Dr.med. Werner K r o l l, Krakau, Albrechtstr. Nr.11a. Verlag: Gesundheitskammer Krakau, Albrechtstrasse 11a. Fernsprecher: 105-24. Verantwortlich für Anzeigen: W.v.·Würzen. Bankkonto: Creditanstalt - Bankverein, Krakau, Adolf Hitler Platz Ecke Schustergasse. Postscheckkonto: Warschau 73. Drahtanschrift: Gesundheitskammer Krakau. Bezugspreis Zl 3.-- monatlich.

Alle Postanstalten nehmen Bestellungen an. Die Zeitschrift erscheint wöchentlich.

Sendungen betr. Anzeigen, insbesondere Kennzifferanzeigen usw. stets an den Verlag Gesundheitskammer Krakau, Albrechtstrasse 11a.

Schriftsätze für den Textteil an die Schriftleitung von "Gesundheit und Leben" Krakau, Albrechtstrasse 11a oder an die Distriktsgesundheitskammer Warschau, Koszykowa 37. Manuskripte können sowohl in deutscher wie auch in polnischer Sprache eingesandt werden. Unaufgefordert eingesandte Manuskripte werden nur zurückgesandt, wenn Freiporto beigefügt ist.

Inhaltsverzeichnis :

# Icterus infectiosus oder Weilsche Krankheit.

Von Dr. Władysław S z u m o w s k i, Krakau.

In einer der folgenden Nummern werden zwei in der Abteilung fü ansteckende Krankheiten des St. Lazarus-Spitals in Krakau im Sommer 1941 beobachtete Fälle des infektiösen Icterus beschrie ben. Da diese Krankheit selten vorkommt, aber sehr ernst zu nehmen ist, /10 - 20% Letalität oder langwierige Rekonvaleszen wollen wir hier die wichtigsten Kenntnisse darüber in Erinneru bringen.

Die Krankheit ist schon mehr als ein halbes Jahrhundert b kannt und wurde im Jahre 1886 auf Grund der klinischen Sympto der 4 beobachteten Fälle, Milztumor, Icterus und Nephritis, zuerst von Weil, einem deutschen Arzt, genau beschrieben, mit der Vermutung, dass es sich vielleicht um eine neue klinische Einheit sui generis handle. Jedoch schloss Weil nicht aus, dass die beobachteten Fälle nur die Erscheinungen eines unregelmässig verlaufenden Typhus, mit dem der infektiöse Icterus gewissermassen ähnlich ist, darstellen. Von dieser Zeit an mehrten sich neue Beobachtungen und seitens französischer Autoren wurde darauf hingewiesen, dass die Krankheit, welche in Frankreich unter den Namen "typhus hepatique" schon früher bekannt war, vielleicht mit der Weilschen Krankheit identisch ist.

Es verflossen jedoch beinahe 30 Jahre, bis endlich deutsc und japanische Gelehrte während des I. grossen Weltkrieges, da der infektiöse Icterus epidemisch auftrat, den eigentlichen Krankheitserreger, einen spezifischen Mikroorganismus, eine Spirochäte, entdeckt hatten, welche, auf Meerschweinchen übertragen, eine identische Krankheit hervorruft. Auf diese Weise wurde endgültig festgestellt, dass die Weilsche Krankheit eine besondere nosologische Einheit, welche von einem spezifischen Mikroorganismus abhängig ist, darstellt.

Aber weitere Beobachtungen, insbesondere Fälle von zufälligen Laboratoriumsansteckungen, haben gezeigt, dass keines vo den bisher beschriebenen Symptomen, weder Milztumor, noch Neph tis, noch sogar Icterus, welcher bis jetzt als das typischste Merkmal der Krankheit galt, immer vorhanden ist. Bei manchen Epidemien fehlt Icterus in 30 - 40% aller Fälle.

Auf diese Weise erwies sich sogar die Benennung "Icterus infectiosus" als nicht zutreffend. Heute, wenn wir exakt sein wollen, sagen wir lieber "Spirochaetosis ictero-haemorrhagica"

Die Spirochaete icterohaemorrhagiae zeigt im Gegensatz zu der Syphilis- und Recurrens-spirochäte keine regelmässigen feinen Windungen, sondern ist unregelmässig schwach gekrümmt. Sie ist sehr dünn /Leptospira/, hat eine Länge von etwa zwei Erythrozytendurchmesser, zeigt mitunter knopfförmige Verdickungen und wird daher auch Spirochäte nodosa genannt. Sie führt nicht sehr energische Bewegungen aus. Es ist sehr schwer, sie direkt im Blut wahrzunehmen: das ist nur in den ersten Tagen der Krankheit möglich. Das gelingt am besten, wenn man das Blut zentrifugiert und den Niederschlag unter dem Mikroskop im dunklen Felde untersucht. Eine direkte Auffindung der Spirochäten im Urin gelingt auch mitunter im zentrifugierten Niederschlag entweder im Ultramikroskop oder unter dem gewöhnlichen Mikroskop, nachdem das Präparat mit Silberverbindungen oder nach Giemsa gefärbt worden war. Da die Spirochäten gewöhnlich erst am Ende der zweiten Woche in den Urin übergehen, so ist die dritte Woche der Krankheit die beste Periode für diese Untersuchung.

Man kann die Spirochäten auch künstlich züchten. Als Nährboden dient am besten das Kaninchenserum, welches man 20-30 mal mit Wasser verdünnt hat. Die optimale Temperatur ist 30° C.

Unter natürlichen Verhältnissen, ausser beim Menschen, kommen die Spirochäten bei den Ratten vor, ohne irgendwelche nennenswerte Krankheiten hervorzurufen. Die Ratten scheiden Spirochäten mit dem Urin aus. In Japan hat man Spirochäten bei 30% wilder Ratten aufgefunden, in Tunis bei 28%, in Berlin bei 10%, in England bei 9%, in New York bei 8%, in Warschau bei 10%. In Krakau wurden solche Untersuchungen nicht vorgenommen. Eine Ratte kann ungeheuere Mengen dieser Krankheitskeime verbreiten. Auf diese Weise werden Flüsse, Abflüsse, Pfützen, Lachen, Gräben, Kohlengruben, Metzgereien, Abdeckereien infiziert. Auch bei Hunden und Katzen wurde der Erreger nachgewiesen. Sie finden sich auch mitunter im Schlamm der fauligen Wässer und in den Schächten einiger Bergwerke. Aber es steht nicht fest, ob auch diese Spirochäten für den Menschen pathogen sind.

Die meisten Infektionen kommen durch Baden in infiziertem Wasser oder unter besonderen Lebens- und Arbeitsverhältnissen bei den Soldaten in Schanzgräben, Bergleuten, Lumpensammlern, Metzgern, Abdeckern bei Kanalisationsarbeiten zustande. Mitunter entwickelt sich die Krankheit nach einem zufälligen Verschlucken von verschmutztem Wasser. Eine Ansteckung durch verschmutzte Speisen ist auch möglich.

Aber im allgemeinen ist die Weilsche Krankheit selten, wobei sie in sporadischen Fällen oder in kleinen Epidemien im Sommer auftritt.

Die Mehrzahl der Krankheitsfälle wurde in Japan und in Nordfrankreich beobachtet, weniger in Deutschland und in Polen.

Wichtig ist die Feststellung, dass mit Zunahme der Rattenplage auch die Weilsche Krankheit zahlenmässig zuzunehmen pflegt. In Paris herrschte eine Epidemie im Jahre 1935. In Japan werden die feuchten Kohlengruben, sowie die gedüngten Reisfelder für die Übertragung verantwortlich gemacht. Badeanstalten, welche nicht genug reines Wasser haben, können auch zur Verbreitung der Krankheit beitragen.

Als Ansteckungspforte dient der Mund, der Verdauungstraktus, die Schleimhaut der Nase, vielleicht auch die Haut, besonders wenn sie mazeriert oder verletzt ist. Es sind Laboratoriumsansteckungsfälle nach einem unvorsichtigen Bespritzen des Gesichtes mit infiziertem Material bekannt. Eine Infektion kann auch durch Vermittlung des Harns eines Kranken, welcher Spirochäten enthält, erfolgen. Auf andere Weise vom Kranken auf den Gesunden wird die Krankheit nicht übertragen. Insekten spielen hier keine Rolle.

Die Inkubation dauert 5 - 14 Tage, ohne irgendwelche krankhafte Erscheinungen zu zeigen. Der Beginn erfolgt akut, bisweilen mit Schüttelfrost; die Temperatur steigt rasch bis 39 - 40° an, unter schweren Allgemeinerscheinungen, Benommenheit, Delirien, nicht selten auch Diarrhöen. Glieder- und Kreuzschmerzen und vor allem sehr heftige Wadenschmerzen bilden charakteristische Symptome. Die Muskelschmerzen sind manchmal so heftig, dass der Kranke sich nicht berühren lässt und bei jeder Untersuchung schreit. Besonders schmerzhaft sind die Waden- Schenkel- und Lendenmuskeln, seltener Nacken-, Schulter-, Brustkorb- und Bauchmuskeln. Die Schmerzen machen jede Bewegung unmöglich und können zu pareseähnlichen Zuständen führen. Die Kranken trachten nach einer vollständigen Unbeweglichkeit, indem sie entsprechend krumm oder steif liegen. Die Zunge ist meistens trocken und belegt. Lymphdrüsen können anschwellen. Schon in den ersten Tagen kann auf der Lippe ein Herpes auftreten. Sehr bezeichnend ist eine eigentümliche Rötung des Gesichts, der Röte beim Typhus ähnlich. In den ersten Tagen kann sich auch ein kurzdauernder Ausschlag, den Masern oder dem Scharlach ähnlich, zeigen, was zu einer irrtümlichen Diagnose führen kann. Mitunter hat der Ausschlag mit einer Urticaria Ähnlichkeit; er tritt auf der Stirn auf und lässt das Gesicht frei. In anderen Fällen werden vom Anfang an meningeale Erscheinungen, heftige Kopfschmerzen, Scheu vor Licht, Erbrechen, Steifheit des Nackens, Lähmung oder motorische Erregung beobachtet.

Aus dieser Beschreibung der ersten Periode der Krankheit kann man ersehen, dass die Symptome sehr mannigfaltig sind und leicht zu einer anderen Diagnose, wie beginnende Pneumonie, Masern, Scharlach, Urticaria, Meningitis, Trichinose, führen können.

Die Diagnose betritt die richtige Bahn mit dem Moment des Auftretens des Icterus zwischen dem 3-ten und 5-ten Tag der Krankheit. Der Icterus kann verschiedene Stärke haben, von leichter gelblichen Färbung der Haut bis zur ausgeprägten Gelbsucht mit schwarzer Nüance /Melasicterus/. Die Farbe des Icterus ist mitunter rötlich /Rubinicterus/, was von einer fortbestehenden Hyperämie der Haut abhängt.

Der Harn wird jetzt dunkel und enthält Urobilinogen, Bilirubin und Gallensäure. Die Faeces bleiben trotz des Icterus gallehaltig, obwohl sie mitunter weniger gelb sind. Die Leber und die Milz sind jetzt deutlich vergrössert. Ein Hautjucken quält oft den Kranken. Gleichzeitig mit dem Auftreten des Icterus fällt die Temperatur, welche bis jetzt als hohe Continua verlief, lytisch ab.

Ein wichtiges Symptom der Krankheit ist weiter die Nierenentzündung, welche als Oligurie, mitunter auch kurze Anurie und immer Albuminurie /0.5 - 3.0 %o Eiweiss/ in Erscheinung tritt. Im Harnniederschlag werden hyaline und granulierte Cylinder, weisse und rote Blutkörperchen gefunden. Die Nephritis hat nicht selten einen stark hämorrhagischen Charakter. Oedeme sind in der Regel keine vorhanden. Trotz der Nierenentzündung ist der Blutdruck nicht erhöht, sondern im Gegenteil meistens bis 80 und sogar 60 mm herabgesetzt.

Diese Erscheinungen können von Symptomen einer haemorrhagischen Diathese begleitet werden. Sie besteht aber nicht immer und nicht immer ist sie deutlich. Zwar sind in Japan und in Aegypten Haemorrhagien häufig und verlaufen manchmal sogar tödlich, jedoch sind die europäischen Fälle meistens leichter. Mitunter beobachtet man nur eine kleine Nasen- oder Zahnfleischblutung. In schwereren Fällen können Blutspeien, Bluterbrechen, Darmblutung, Petechien und sogar grössere subkutane Blutergüsse, und zwar in der zweiten Woche der Krankheit, auftreten.

Seitens des Respirationstractus können auch Erscheinungen, wie Bronchitis oder sogar broncho-pneumonische Herde hinzutreten. In schweren Fällen kann sich hier noch eine Herzinsuffizienz, welche zum Tode führt, anschliessen. In dieser Periode der Krankheit stellen sich öfters Augenbeschwerden, wie starke Conjuctivitis, Iritis oder sogar Neuritis Nervi optici ein.

Die Blutuntersuchung zeigt vom Anfang an eine neutrophile Leukozytose, später kommen Lymphozytose und Eosinophylie hinzu. Eine frühzeitige Leukopenie ist prognostisch ungünstig. Immer besteht eine sekundäre Anämie. Die Blutsenkung ist stets stark beschleunigt, auch noch längere Zeit in der Rekonvaleszenzperiode.

Nach 5 - 10 Tagen pflegt das Fieber per lysin abzufallen, und die Temperatur wird beinahe normal. Der Allgemeinzustand bessert sich, die Nierenerscheinungen treten zurück, die Harnmenge wird deutlich vermehrt.

Die fieberfreie Pause kann 4 - 10 Tage dauern, der Icterus wird weniger ausgeprägt, aber verschwindet nicht gänzlich.

Am 15-ten oder 16-ten Tage der Krankheit, mitunter früher oder später, tritt oft ein Fieberrückfall auf, was für die Weilsche Krankheit sehr charakteristisch ist. Manche Autoren haben das zum Anlass genommen, die Krankheit "icterus infectiosus recurrens" zu nennen. Das zweite Fieber dauert 2 - 10 Tage, aber erreicht die Höhe des ersten Fiebers nicht. Der Allgemeinzustand verschlimmert sich, es können wiederum Symptome einer hämorrhagischen Diathese und Nierenerscheinungen auftreten.

Nach einigen Tagen fällt das zweite Fieber gewöhnlich doch manchmal dauert ein subfebriler Zustand ganze Wochen. Möglich ist sogar noch ein zweiter Rückfall der Krankheit, was aber selten vorkommt. Vielleicht sind die fieberfreien Perioden von einer Wirkung der Gallensäuren im Blut auf Spirochäten, welche dadurch zugrunde gehen, abhängig. Aber der Rückgang des Icterus und Verminderung des Gallensäuregehalts im Blut vermehrt die Vitalität der Spirochäten und verursacht den Rückfall der krankhaften Erscheinungen.

Die Weilsche Krankheit dauert im allgemeinen 3 - 4 Wochen. Die Rekonvaleszenz dauert später sehr lange. In dieser Periode beobachtet man mitunter auf dem Kopf eine Alopecia areata. Die Beschädigung der Leber kann eine Zirrhose herbeiführen. Der Tod erfolgt infolge einer Herzlähmung oder einer Urämie. Die Letalität beträgt 10 - 20%, in manchen Epidemien so in Japan und in Aegypten, ist sie grösser und erreicht sogar die Höhe von 50%, bei uns aber ist sie gewöhnlich kleiner. Das Überstehen der Weilschen Krankheit schützt vor einer zweiten Erkrankung; das Serum solcher Personen agglutiniert die Kultur der Weilschen Spirochäten.

Die grosse Mannigfaltigkeit der Erscheinungen bei dieser Krankheit ist die Ursache davon, dass sehr oft nicht alle Symptome typisch zum Vorschein kommen. Manche Fälle sind leicht, einer gewöhnlichen Grippe ähnlich, ohne Icterus. Wenn auch ein Icterus sich entwickelt, so wird er vom gewöhnlichen katarrhalischen Icterus sich kaum unterscheiden lassen. Erst das Auffinden einer spezifischen Ätiologie führt den Arzt auf den richtigen Weg. Schwere Fälle dagegen sind einer akuten Leberatrophie ähnlich, verlaufen stürmisch und führen, meistens in der zweiten Woche der Krankheit, zum Tode. Andere schwere Fälle führen zum letalen Exitus unter meningealen und zerebralen Symptomen. In Japan und in Aegypten ist mitunter eine Blutung Ursache des Todes. Fälle ohne Icterus, welche gar nicht selten sind /30-40%/, verlaufen manchmal wie septische Zustände mit hohem Fieber, Muskelschmerzen und Nieren- Hirnhaut- und Zerebralsymptomen. Aber gewöhnlich haben Fälle ohne Icterus einen leichten und harmlosen Verlauf.

In anderen nichttypischen Fällen erscheinen Lungen- und Bronchialsymptome erst auf dem Plan, und erst ein hinzukommender Icterus und Nierenerscheinungen können eine richtige Diagnose ermöglichen. Andere Fälle können wiederum wie eine Meningitis cerebro-spinalis ohne Icterus, ohne nennenswerte Nierenerscheinungen und ohne Haemorrhagie verlaufen. Erst die Anamnese, starke Muskel-, besonders Wadenschmerzen, Conjunctivitis und Fieberverlauf zeigen uns den richtigen Weg. Die Impfung von Meerschweinchen mit Liquor cerebro-spinalis kann schon in der ersten Woche der Krankheit das Vorhandensein der Spirochäten beweisen.

Die Seltenheit der Krankheit und grosse Mannigfaltigkeit der Erscheinungen machen die Diagnose schwierig. Sporadische Fälle oder erste Fälle einer beginnenden Epidemie können leicht unerkannt bleiben. Jedenfalls die Anamnese /Berührung mit verunreinigtem Wasser/, Icterus, Wadenschmerzen, Nierenerscheinungen, Haemorrhagien, sollen immer unsere Aufmerksamkeit auf die Möglichkeit der Weilschen Krankheit lenken und uns zur Ausführung eines Tierversuchs am Meerschweinchen und einer Agglutinationsprobe veranlassen.

Am besten spritzt man in den ersten Tagen der Krankheit den Meerschweinchen Patientenblut intraperitoneal oder intrakardial ein. In einer späteren Periode ist dagegen eine Einspritzung einiger ccm des Harns intraperitoneal oder subkutan angezeigt. Nach 6 - 10 Tagen, mitunter später, erscheint beim Meerschweinchen auf der Haut und auf den Pfoten ein Icterus, und das Tier geht zugrunde. Jetzt kann man in der Leber und in den Nieren des Meerschweinchens Spirochäten in grosser Menge nachweisen. Man darf aber nicht vergessen, dass, wenn die Spirochäten wenig virulent sind, die Ansteckung des Tieres ausbleiben kann.

Die Agglutinationsprobe, der Widalschen Probe im Abdominaltyphus analog, hat eine grosse praktische Bedeutung. Die Antikörper werden vom Beginn der zweiten Woche ab nachgewiesen. Als positiv wird die Probe beim Titer mindestens 1: 200 bezeichnet. Bei dieser Probe muss man jedoch verschiedene Stämme des Erregers verwenden.

Neuerdings hat man auch für diagnostische Zwecke die Komplementbindungsreaktion mit dem Spirochätenantigen versucht, aber diese Probe hat noch keine grössere Verwendung gefunden. Reinkulturen aus dem Blut und aus dem Urin auf entsprechendem Nährboden gelingen nicht immer; infolgedessen hat diese Methode nur geringe praktische Bedeutung.

Beim negativen Versuchserfolg im Laboratorium ist ein Wiederholen des Versuchs nach einigen Tagen notwendig.

Die Behandlung der Weilschen Krankheit stösst bis jetzt auf einige Schwierigkeiten. Salvarsan und ähnliche Präparate, welche man mit Rücksicht auf die Analogie mit Syphilis vor allem versuchte, haben versagt. Auf ähnliche Weise geben Bismut-

verbindungen auch keine guten Resultate. Die Behandlung verlangt vor allem cardiaca und eine entsprechende salz- und eiweissarme Diät; sie muss viel Kohlehydrate und wenig Fett, welches bei einer Gallenstockung schlecht assimiliert wird, enthalten. Beim Darmkatarrh sind Salze, z.B. Karlsbadersalz, an das man wegen des Icterus denken könnte, zu vermeiden. Warme Packungen gegen die Muskelschmerzen wirken günstig. Bei Oligurie NaCl-Infusionen und Diathermie der Nieren. Auch empfiehlt sich der Leberschutz durch Insulin in kleinen Mengen /2 mal täglich 5 - 10 E. subkutan/ und 1/2 Stunde später Traubenzucker /40 - 50 g/ zur Fixierung des Glykogens in der Leber.

Neuerdings hat man eine spezifische Behandlung begonnen. Durch Immunisierung kleiner Laboratoriumstiere, am besten Kaninchen, gelang es, ein Heilserum zu gewinnen; in jedem Spirochaetosenfall ist es in Mengen von 10 - 20 ccm, in schwereren Fällen sogar 40 - 60 ccm intramuskulär zu verwenden. Günstig wirkt auch ein Rekonvaleszentenserum. Die Behringwerke produzieren jetzt auch ein Pferdeserum.

Die Bekämpfung der Weilschen Krankheit erfordert vor allem eine Bekämpfung der Ratten. Das Reinhalten der Wässer, Flüsse, Abflüsse, das Trockenlegen der Sümpfe, der stehenden Wässer, Sauberkeit in den Metzgereien und Abdeckereien - sind weitere Massnahmen, welche zu demselben Ziele führen.

Nach der Feststellung eines Spirochaetosefalles muss man auf den Urin des Kranken, welcher Spirochäten enthält, achten, eventl. sogar den Kranken auf einige Zeit, solange er Spirochäten ausscheidet, isolieren. Bett- und Leibwäsche, wie alle Gebrauchsgegenstände müssen desinfiziert werden. In Laboratorien muss grösste Vorsicht und peinliche Sauberkeit herrschen; eine Schutzimpfung des Personals ist wünschenswert. In Japan, bei den Soldaten, Bergleuten usw. hat sich eine Schutzimpfung als sehr gut bewährt. In Deutschland hat ein Ministeriumserlass das Fragen von Handschuhen und Schutzaugengläser beim Manipulieren mit Weilschen Spirochäten infiziertem Material angeordnet.

Das polnische Gesetz v.J. 1935 betreffend die Bekämpfung der ansteckenden Krankheiten, erwähnt die icterus-hämorrhagische Spirochätose unter den anzeigepflichtigen Krankheiten nicht, in Deutschland aber ist diese Krankheit anzeigepflichtig.

Zum Schluss noch einige Worte über die Person Weils, welche hier grosse Verdienste hat, da man ein guter Beobachter sein muss um eine nosologische Einheit nur auf Grund der klinischen Erscheinungen, ohne den eigentlichen pathogenen Faktor zu kennen, abzusondern.

Adolf Weil, geboren im Jahre 1848 in Heidelberg, studierte und promovierte dort 1871, und vervollständigte seine Ausbildung in Berlin und Wien. Im Jahre 1872 habilitierte er sich in Heidelberg für Innere Medizin und wurde im Jahre 1876 zum ausserordentlichen Professor ernannt. Seine bahnbrechende Arbeit hat den

Titel "Über eine eigentümliche, mit Milztumor, Icterus und Nephritis einhergehende akute Infektionskrankheit" und wurde im Deutschen Archiv für Klinische Medizin, 1886 Bd XXXIX publiziert. Im Jahre der Veröffentlichung dieser Abhandlung wurde Weil nach Dorpat auf den Lehrstuhl für Innere Medizin berufen, musste jedoch schon im Jahre 1887 wegen Kehlkopftuberkulose seine Lehrtätigkeit aufgeben. Von dieser Zeit an praktizierte er in den Kurorten San Remo, Badenweiler und am längsten in Wiesbaden, wo er im Jahre 1916 starb.

Von seinen zahlreichen Arbeiten verdient noch sein Werk "Handbuch und Atlas der topographischen Perkussion" 1877, welches in der II. Auflage ins japanische übersetzt wurde, erwähnt zu werden.

In der französischen Literatur heisst die Weilsche Krankheit mitunter auch Landouzy'sche Krankheit oder Mathieu'sche Krankheit, da diese Autoren zu gleichen Zeit sie als "typhus hepatique" beschrieben haben, Landouzy im Jahre 1883 und Mathieu im Jahre 1886- In der russischen Literatur heisst sie wiederum manchmal Wassiljeff' sche Krankheit, da dieser Autor sie im Jahre 1888 russisch und auch deutsch im Jahre 1889 beschrieb.

\- - - - - -

\- - - - -

\- - - -

\- - -

\- -

\-

Es folgen:

Bekanntmachungen der Regierung des Generalgouvernements, Hauptabteilung Innere Verwaltung, Abtl. Gesundheitswesen betr: Abgabe von Insulin aus den Apotheken,
Gültigkeitsdauer einiger Seren und Impfstoffe,

---

Die Sozialversicherungskasse in Kielce
s c h r e i b t
folgende Stellen a u s :

1. eines Otholaryngologen in Kielce mit einem monatlichen Gehalt von Zl 498.-- plus Zl 90.-- für das Kabinett.
2. eines Hausarztes der Sozialversicherungskasse in Kielce mit einem Monatsgehalt von Zl 740.-- plus Zl 150.-- monatlich für das Kabinett.

3. eines Hausarztes der Sozialversicherungskasse in Skarzysk
Kamienna mit einem Monatsgehalt von Zl 740.-- plus Zl 150
monatlich für das Kabinett.

4. eines Hausarztes der Sozialversicherungskasse in Wiśniówk
/8 km von Kielce/ mit einem Monatsgehalt von Zl 444.--
plus Zl 90.-- für das Kabinett.

5. eines Hausarztes der Sozialversicherungskasse in Secemin
/ein Dorf von 4000 Einwohner, 14 km von Włoszczowa ent-
fernt/ mit einem Monatsgehalt von Zl 148.-- plus Zl 30.--
monatlich für das Kabinett.

Die Anstellungsbedingungen obiger Stellen richten sich nach den allgemeinen Grundsätzen herausgegeben von der Hauptabteilung Arbeit in der Regierung des Generalgouvernements vom 24.6.41.

Bewerbungsschreiben nebst den erforderlichen Unterlagen sind an die Sozialversicherungskasse in Kielce, Alexander Str bis zum 15. April 1942 zu richten.

Leitender Arzt: /-/ Dr.N. Michałowicz
Direktor: /-/ Dr.W. Jokiel.

---

Die Sozialversicherungskasse in Tomaszów Maz.
veröffentlicht

die A u s s c h r e i b u n g

über die Besetzung einer Hausarztstelle in Radoszyce, Kreis Końskie, mit einer Vergütung von Zl 296.-- plus Zl 60.-- für die Führung des Sprechzimmers, für zweistündige Tagestätigkeit.

Anstellung unter den im Art. 3 § 2 der "Allgemeinen Grundsätze für die Anstellung, Tätigkeit und Entlassung der Kassenärzte", herausgegeben von der Hauptabteilung Arbeit in der Regierung des Generalgouvernements vom 24.6.1941, verlautbarten Bedingungen.

Die Bewerbungsschreiben nebst den Unterlagen und eigenhändig geschriebenem Lebenslauf sind an die Sozialversicherungskasse in Tomaszów Maz. bis 15. April 1942 einzureichen.

Chefarzt: /-/ Dr.M. Biernacki
Direktor: /-/ Dr.T. Osiński

---